

再就職準備金雇用（内定）証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人千葉県社会福祉協議会 会長 様

法人の名称

施設又は事業所の名称

代表者職氏名

公印

所在地 〒 -

連絡先電話番号

(担当者名)

下記の者の雇用（内定）は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住 所	〒 -
雇用形態	正職員・非常勤・パートまたはアルバイト・その他（ ）
雇用開始日 (予定日)	
採用職種	
勤務場所	
勤務日数 (基本勤務時間)	
雇用する事業 所および職種 について	該当するものに☑してください。 <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算をしている事業所である <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算の算定要件となる職種である